FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE

Année Scolaire 1929-1930

THÈSE

N° 14

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 22 Février 1930, à 17 heures

PAR

JACQUES (André-Victor)

Né le 28 Août 1903 à Tourcoing

Contribution à l'Étude du Traitement du Cancer primitif du Corps de l'Utérus

Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées sur les différentes parties de l'enseignement médical

Président de la Thèse : M. VANVERTS

Suffragants MM. BUÉ, DEBEYRE, M. GÉRARD

LILLE
IMP. A. DURANT
204, Rue Solférino, 204
— 1930 —

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE

Année Scolaire 1929-1930

THÈSE

N° 14

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 22 Février 1930, à 17 heures

PAR

JACQUES (André-Victor)

Né le 28 Août 1903 à Tourcoing

Contribution à l'Étude du Traitement du Cancer primitif du Corps de l'Utérus

Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées sur les différentes parties de l'enseignement médical

Président de la Thèse : M. VANVERTS

Suffragants MM. BUÉ, DEBEYRE, M. GÉRARD

LILLE
IMP. A. DURANT
204, Rue Solférino, 204
— 1930 —

UNIVERSITÉ DE LILLE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Doyen : M. CH. DUBOIS (I. ⁂). —	Assesseur : M. GÉRARD E. (✳, I. ⁂)	
Clinique médicale	MM. CARRIÈRE (O. ✳, I. ⁂), professeur	
	COMBEMALE (O. ✳, I. ⁂, M),	id.
Clinique chirurgicale	GAUDIER (✳, ⚚, I. ⁂),	id.
	LAMBRET (C. ✳, I. ⁂),	id.
Clinique des mal. cutanées et syphilit.	CHARMEIL (✳, I. ⁂),	id.
Clinique obstétricale	BUÉ (✳, I. ⁂),	id.
Pathologie interne et expérimentale et clinique des maladies de l'appareil digestif	SURMONT (✳, I. ⁂, ✠),	id.
Pathologie externe et Clinique des maladies des voies urinaires	POTEL (✳, ⚚, I. ⁂),	id.
Anatomie pathol. et Pathol. générale.	INGELRANS (I. ⁂),	id.
Physiologie	DUBOIS (I. ⁂),	id.
Anatomie	CORDIER (A. ⁂),	id.
Histologie	DEBEYRE (O. ✳, ⚚, I. ⁂, ✠),	id.
Chimie minérale et Toxicologie	VALLÉE (✳, I. ⁂),	id.
Chimie organique	POLONOWSKI (A. ⁂, ⚚),	id.
Matière médicale et Botanique	FOCKEU (✳, I. ⁂, ⚚, ✠),	id.
Pharmacie et Pharmacologie	GÉRARD (Ernest) (✳, I. ⁂),	id.
Zoologie médicale et pharmaceutiq.	DESOIL (✳, I. ⁂),	id.
Accouchements et Hygiène de la première enfance	PAUCOT (A. ⁂),	id.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LE FORT (C. ✳, ⚚, I. ⁂, O. ✠),	id.
Clinique psychiâtrique	RAVIART (✳, I. ⁂),	id.
Clinique médicale infantile	MINET (I. ⁂),	id.
Thérapeutique	DOUMER (Ed.)	
Médecine opératoire	VANVERTS (✳, I. ⁂),	id.
Hygiène et Bactériologie	PIERRET (I. ⁂),	id.
Médecine légale	LECLERQ (✳, ⚚, I. ⁂),	id.
Hydrologie	DUHOT (I. ⁂),	id.

Professeurs titulaires non pourvus de chaire

MM. MORVILLEZ (A. ⁂) ; P. COMBEMALE.

R. UNIV BIBLIOTH LEIDE

COURS COMPLEMENTAIRES

Clinique ophthalmologique	MM. TOULANT	chargé du cours
Clinique oto-rhino-laryngologique	DEBEYRE (O. ✳, ⚚, I. ⁂, ✠),	id.
Chimie analytique	POLONOWSKI (⚚, A. ⁂),	id.
Physique pharmaceutique	SONNEVILLE (I. ⁂),	id.
Parasitologie	LAVIER (⚚)	id.
Déontologie	BERTIN (✳, I. ⁂),	id.
Physique médicale	FABRE (I. ⁂),	id.

Doyens honoraires : MM. DE LAPERSONNE (O. ✳, I. ⁂), COMBEMALE (O. ✳, I. ⁂, ff.) P. CHARMEIL (✳, I. ⁂).

Professeurs honoraires : MM. MONIEZ (O. ✳, I. ⁂), CALMETTE (C. ✳), LESCŒUR (I. ⁂), BAUDRY (✳, I. ⁂, ✠), VERDUN (✠ I.), DEBIERRE (✳, I. ⁂), DOUMER (✳, I. ⁂), CURTIS (✳, I. ⁂), LEMOINE (✳, I. ⁂), BEDART (O. ✳, I. ⁂, ✠).

Agrégés en exercice :

MM. GÉRARD M. (⚚, ✠, I. ⁂), COMBEMALE P., DOUMER Ed. (⚚, A. ⁂), P. DELANNOY (A. ⁂), PAQUET (⚚, I. ⁂), BERTIN (✳), LEGRAND (⚚, ✠, A. ⁂), SWYNGHEDAUW (I. ⁂, ⚚), LAVIER (⚚). AUGUSTE, GERNEZ, NAYRAC.

La Faculté a décidé que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend y attacher aucune approbation ni improbation. (Décision de la Faculté en date du 28 février 1878).

A MA GRAND'MÈRE

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

Témoignage de reconnaissance.

A MON FRÈRE

A MES TANTES

A MON ONCLE

MONSIEUR LE DOCTEUR BERTRAND

Dont les conseils et les exemples m'ont été si précieux au cours de mes études et dont l'action est toujours décisive dans ma carrière médicale et tout particulièrement en cette occasion.

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VANVERTS

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BUÉ

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBEYRE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ M. GÉRARD

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DUBOIS

DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE

A TOUS MES MAITRES

Avant-Propos

En soumettant ce travail à l'appréciation de mes Maîtres, dont le jugement mettra fin à mes études universitaires, je me plais à reconnaître tout ce que je dois à leur science, à leurs leçons, à leurs travaux. Depuis mes plus anciens initiateurs dont je ne puis dire que l'excellence de leur enseignement et le complet dévouement, qui donnèrent l'impulsion indispensable, jusqu'à ceux qui parachevèrent l'œuvre si bien commencée et permirent son heureuse terminaison, tous ont droit à mes plus vifs remercîments et à mon plus grand respect.

Plus spécialement à mon Président de thèse, à M. le Professeur Vanverts, je tiens à exprimer ma reconnaissance pour l'idée qu'il m'a donnée de cette étude, pour les encouragements, les conseils qu'il n'a cessé de me prodiguer au cours de son élaboration, bref pour l'intelligente bonté grâce à laquelle il m'a été permis de mener cette thèse à bonne fin.

Des liens puissants d'amitié unissaient déjà ma famille et M. le Doyen Dubois. L'attention qu'il a bien voulu me montrer dès mon arrivée à l'Université de Lille, la bienveillance avec laquelle il m'a toujours traité au cours des études que j'y ai faites, et aussi

l'intérêt qu'il a daigné porter à ce modeste ouvrage n'ont pu que renforcer les sentiments du fils, élève d'un tel maître qui avait été le condisciple ami de son propre père : il le remercie de tout ce qu'il a fait pour lui.

Un médecin ne peut pas dire qu'il a terminé ses études, car il trouve toujours à apprendre et ainsi sa dette va s'aggravant vis-à-vis de tous les bienfaiteurs connus et inconnus qui l'aident de leurs lumières à résoudre les problèmes si délicats de sa profession. Mais c'est de la formation universitaire que tout dépend, c'est l'œuvre de nos premiers maîtres qui rend possible le perfectionnement ultérieur : ce sont eux nos premiers bienfaiteurs. Que tous mes chers professeurs de l'Université de Lille trouvent ici l'expression de mon admiration, et l'assurance de toute ma gratitude.

Introduction

Il nous a paru intéressant de reprendre la question du cancer du corps utérin qui n'est certes pas nouvelle mais dont la thérapeutique n'est pas définitivement fixée et reste encore susceptible de modifications.

Nous n'avons pas cru apporter en ce problème si délicat un élément neuf, du moins avons-nous tenu à préciser les services que peut rendre en ce cas l'hysterectomie abdominale subtotale.

En relisant les classiques qui étudient le cancer du corps utérin, nous avons été frappé de leur accord constant quant à sa localisation au fond de l'organe : c'est là qu'il prend naissance et qu'il se développe tout d'abord, sa généralisation ou son extension vers le col étant rares et tardives — de l'avis unanime.

Les diverses façons, dont ils ont conçu son enlèvement chirurgical, nous laissent une impression d'opérations meurtrières. Tous le reconnaissent. Pourquoi ne semble-t-on pas accorder à l'hysterectomie abdominale subtotale, opération moins grave et plus aisée, une place de choix dans la lutte contre ce mal ?

Soumise à certaines conditions que le présent travail s'efforcera de bien mettre en valeur, l'hysterectomie

abdominale subtotale nous paraît être un excellent moyen de préserver la vie de nos malades atteints de ce mal redoutable.

Les travaux de M. le Professeur Vanverts, dont nous présenterons les observations inédites, contribueront, nous l'espérons, à attirer l'attention de ce côté, comme ils ont fixé la nôtre.

Nous avons limité notre étude à celle du traitement de l'épithélioma du corps utérin et des formes histologiques comparables : épithélioma cylindriques, adénome malin, carcinome, adénocarcinome. Nous avons laissé de côté le sarcome et le déciduome malin, formant deux variétés tout à fait spéciales.

Historique

Le cancer du corps de l'utérus et son traitement ont déjà suscité de nombreux travaux.

En 1833 dans leur « Maladies de l'Utérus », Mme Boivin et Duges en donnent les premières observations, puis en 1876, Pichot en donne une étude complète qui porte sur 44 observations. Il rejette comme traitement l'hysterectomie et ne traite que les symptômes. En 1888, Valat préconise la dilatation utérine et l'examen histologique. En 1891 Bisch, Bruyère en 1893 discutant assez longuement le traitement préconisent l'hystérectomie abdominale.

En juillet 1899, le Dr Verstraete de Lille, dans sa thèse sur le fibrome utérin compliqué de cancer épithélial, retient deux modes de traitement : l'hysterectomie vaginale et l'hysterectomie abdominale, réservant ses préférences pour l'intervention par la voie haute. Il reconnaît que le nombre de cas où la voie vaginale peut être employée se restreint de plus en plus, ayant vu les nombreuses difficultés qui attendent le chirurgien qui veut l'utiliser.

En décembre 1899, le Dr Paul Boissier dans sa thèse sur le cancer primitif du corps de l'utérus, déclare que

le diagnostic opératoire dépendra de la limitation des lésions et de la mobilité de l'utérus.

Selon lui « les interventions thérapeutiques seront curatives ou palliatives. Curatives, elles ne donneront pas des résultats de guérison définitive bien encourageants quelque méthode opératoire que l'on emploie. Il faudra observer une grande réserve. On emploiera la voie haute ou la voie basse, suivant les indications ou contre-indications données par la tumeur et suivant son expérience personnelle, mais sans essayer de méthodes trop radicales. Le plus souvent le cancer ne relèvera que d'un traitement palliatif et le curettage sera encore la meilleure intervention hémostatique, analgésique, désinfectante et... morale » !

Dans le traité de chirurgie de Le Dentu et P. Delbet, Schwartz et P. Riche (1901) reconnaissent que le seul traitement du cancer du corps utérin est l'hystérectomie ; tous les chirurgiens sont d'accord sur ce point. Mais, d'après eux, l'accord n'existe plus lorsqu'il s'agit de la voie d'accès.

Zuckerlandl (Wiener Med. Presse 1889) a proposé la voie périnéale, et Frommel (Handb. der Gynaek 1889) l'a employée deux fois : pourtant il ne la recommande pas.

La voie sacrée a été plus employée mais elle était en 1901 à peu près complètement abandonnée. Il en fut de même de la voie parasacrée de Zuckerlandl. Il ne restait plus en présence que l'hystérectomie vaginale et l'hystérectomie abdominale, qui comptaient toutes deux des partisans convaincus.

L'hystérectomie vaginale pour cancer de l'utérus non prolabé semble avoir été faite pour la première fois par Sauter de Constantinople (1822). Récamier

perfectionna la technique (1829) mais ce n'est que depuis Czerny (1878) que cette opération a été pratiquée volontiers.

C'est en 1878 également (le 30 janvier) que fut faite par Freund la première hystérectomie abdominale pour cancer. Il employa une technique bien réglée : sa malade guérit et était encore en bonne santé longtemps après. Il eut des imitateurs mais l'on dut constater bientôt que la mortalité était grande, dépassant 70 pour 100, et l'opération tomba dans le discrédit.

Elle reparut depuis que l'on employa la position de Trendelenburg et depuis que l'on sût limiter parfaitement le champ opératoire.

La Société de Chirurgie a discuté cette question de thérapeutique en 1899. Les différents congrès de 1899 et de 1900 s'en sont occupés : Congrès de Gynécologie d'Amsterdam en 1899, rapport de Ricard au Congrès de Chirurgie de 1899, rapport de Richelot au Congrès International de Médecine de 1900.

L'accord n'était encore à peu près fait que sur l'enlèvement par l'abdomen de l'épithelioma du corps, à cause de sa friabilité.

« Il est certain, disent Sehwartz et P. Riche, que « l'opération qui prend la voie vaginale s'interdit « l'examen et à plus forte raison l'ablation des zones « ganglionnaires, cette conduite paraîtrait en toute « autre région peu recommandable ; il n'est donc pas « logique de l'employer pour l'utérus. Par le ventre « au contraire, on peut explorer les ganglions et les « enlever. S'il y a lieu ; surtout on voit ce que l'on « fait : on peut disséquer les uretères. »

Les adversaires de la méthode lui reprochèrent sa gravité plus grande et le peu de supériorité de ses

résultats. Mais la gravité alla diminuant tous les jours à mesure que la technique se perfectionnait.

Avec Terrier, Schwartz, Reynier, Guérin, Ricard, Michaux, ils se déclarèrent donc partisans de la voie haute, tandis que Segond et Richelot restaient fidèles à la voie vaginale. La mortalité était encore plus forte pour l'hysterectomie abdominale (15 pour 100 d'après le rapport de Ricard en 1899) que pour l'hysterectomie vaginale (7,8 pour 100 d'après le rapport de Richelot en 1900).

En 1902, René Tesson, dans sa thèse « le cancer primitif du corps utérin » convenait que jusqu'alors les statistiques d'hysterectomies pour cancer de l'utérus étaient extrêmement mauvaises « mortalité opératoire trop élevée, récidives précoces et fréquentes, tel était le bilan déplorable de tous les chirurgiens ».

Se bornant à l'étude des « cancers primitivement développés dans la cavité corporéale au-dessus de l'orifice interne du col » qui paraissent jusqu'ici, disait-il, avoir attiré insuffisamment l'attention des chirurgiens, il insiste sur la lenteur de leur évolution et par conséquent leur bénignité relative : tous les auteurs sont unanimes à le reconnaître, nous assure-t-il. Le cancer du corps est justement remarquable par la longue durée de sa localisation intra-utérine, sans retentissement sur l'état général. Il en résulte qu'il reste bien plus longtemps opérable et toujours dans de meilleures conditions. La cure chirurgicale qu'il propose est l'hysterectomie abdominale totale.

Dans son traité de gynécologie Pozzi déclarait « que « le cancer du corps de l'utérus a été regardé long- « temps comme exceptionnel. Gallard (1881) dans sa « longue carrière n'en a diagnostiqué que deux cas et

« Pichot dans sa thèse de 1876 ne peut en réunir que « 44 cas dans les auteurs français et anglais. C'est, « disait-il, que les anciens gynécologistes usaient trop « rarement de la dilatation exploratrice et presque « jamais du curettage explorateur.

« A cette époque (en 1905), grâce à ces précieux « moyens d'investigation on a reconnu que les cancers « primitifs de la muqueuse utérine étaient beaucoup « plus fréquents qu'on ne l'avait cru. C'est ainsi que « Gusseron avait pu rassembler 122 cas.

« Quant à la fréquence relative du cancer du col et « du corps, elle était selon Szukits (1890) dans la pro- « portion de 420 à 1. Mais cette statistique était « ancienne. Schröder, sur 812 cancers de l'utérus, « avait observé 28 cancers primitifs du corps et « Sehwartz (Handb. der path. Anat. 1876), sur 80 cas « en avait vu 2. Les statistiques réunies par Tesson « (1902) semblaient montrer que cette maladie était « plus fréquente. Dimitri de Ott avait rencontré « 15 cancers du corps sur 62 epithelïomas utérins. « Cullen de Baltimore en mentionnait 30 sur 103, Kru- « kenberg 30 sur 237 cas, Léopold 27 sur 71, Holzméïer « 29 sur 251, Sandan 14 sur 104, Jacobs 5 sur 33, « Segond 25 sur 95, Terrier 6 sur 28. »

D'après Zweifel (1902) la proportion serait la suivante : 90 pour 100 de cancers du col et 10 pour 100 de cancers du corps.

Pozzi déclarait que dans son service à l'hôpital Broca durant une période de onze ans, il n'avait observé que 6 cancers primitifs du corps contre 204 cas de cancers du col. En ce qui concerne l'âge, il constata que le cancer du corps s'observait surtout chez les femmes qui ont atteint ou dépassé la ménopause. Mais

cette loi était loin d'être aussi absolue qu'on l'avait prétendu. Jacobs (1899), Boissier (1899), Barker (1897) avaient publié des cas de cancer primitif du corps utérin chez des femmes de 35 et même de 30 ans.

Quant au traitement du cancer du corps de l'utérus il ne comportait pour Pozzi que l'exérèse totale toutes les fois qu'elle était possible.

Jusqu'à ces dernières années, affirmait-il, c'est l'hysterectomie vaginale qui était surtout employée et il faut reconnaître qu'elle a fourni de bons résultats. Mais comme le principe en matière de chirurgie de cancer est de ne pas morceller pour éviter les greffes et que d'autre part, le cancer du corps augmente le volume de l'organe et s'observe souvent chez des femmes dont le vagin est plus ou moins rétréci par l'involution sénile, j'estime disait Pozzi, que l'hysterectomie abdominale est le procédé de choix.

Tous les chirurgiens sont unanimes à déclarer que cette forme de cancer de l'utérus (cancer du corps) est celle où l'on observe les guérisons les plus nombreuses et les plus durables.

En 1909, Cocheret présentait une thèse sur « la « valeur des métrorragies après la ménopause comme « signe de cancer de l'utérus et comme indication de « l'hysterectomie totale abdominale ».

« Pour nous, elle seule est dans la logique de la chi- « rurgie du cancer : faire la plus large exérèse possible « sans laisser un moignon pouvant amener des réci- « dives. Nous donnerons nos préférences à la voie « abdominale car, avec la perfection actuelle de la « technique et les progrès de l'asepsie, elle offre rela- « tivement peu de dangers, permet de tout voir et met « à l'abri des surprises. »

« Nous croyons pour notre part aux statistiques don-
« nant le plus de fréquence aux cancers intra-utérins
« car bien souvent les faits de ce genre sont et restent
« méconnus. »

Pourtant il se méfie de l'hysterectomie subtotale, craignant des récidives du côté du col.

Dans son traité de gynécologie de 1923, J.-L. Faure conseille comme traitement du cancer du corps utérin, l'hystérectomie vaginale. « Elle sera, dit-il,
« l'opération de choix pour peu que la malade soit
« grasse ou fatiguée. On pourra d'ailleurs au besoin
« se donner du jour en pratiquant un large débride-
« ment vulvaire. C'est qu'en effet, si l'hystérectomie
« abdominale est en principe l'opération d'élection,
« pour de multiples raisons de clarté, de facilité, il
« faut reconnaître que chez ces femmes qui sont pour
« la plupart âgées et peu résistantes, elle présente un
« certain caractère de gravité. L'hysterectomie vagi-
« nale, au contraire, difficultés opératoires mises à
« part, est peu grave, et comme le cancer du corps est
« en général totalement enfermé dans les limites de
« l'utérus, les résultats définitifs sont aussi bons que
« ceux que donne l'hysterectomie abdominale. D'après
« notre expérience personnelle, ils sont même meil-
« leurs. Ces résultats sont peut-être dûs évidemment
« aux hasards d'une statistique limitée. Mais en tous
« cas les résultats sont comparables. En général cepen-
« dant surtout si le diagnostic avec ou sans curettage
« explorateur est certain, c'est à l'hysterectomie abdo-
« minale que l'on aura recours. Chez certaines fem-
« mes trop grasses qui dorment mal, qui ont un bassin
« profond et chez lesquelles une hysterectomie totale
« peut être assez difficile et nécessiter des manipula-

« tions au cours desquelles l'utérus peut être déchiré,
« nous n'hésitons pas à conseiller d'avoir recours à
« l'hysterectomie subtotale infiniment plus simple et
« dans des conditions opératoires mauvaises, sensible-
« ment plus bénignes. Le cancer du corps n'a en effet
« que peu de tendance de gagner le col : il s'étend en
« largeur ; et il vaut infiniment mieux laisser un col
« absolument sain et dans lequel la récidive ne se fera
« pour ainsi dire jamais, que de s'acharner à enlever,
« au risque, dans les cas difficiles auxquels nous fai-
« sons allusion, de compromettre le succès de l'opéra-
« tion, ce qui arrive d'ailleurs la plupart du temps. Il
« est bon de s'en assurer en faisant ouvrir le corps de
« l'utérus dès son extirpation et en se rendant compte
« des limites de la lésion. »

Dans leur thérapeutique chirurgicale P. Lecène et R. Leriche (1926) disent que pour le cancer du corps de l'utérus il ne semble pas qu'il y ait de discussion possible : le meilleur traitement de cette affection, c'est l'hysterectomie totale faite largement (mais sans dissection étendue du paramètre). L'hysterectomie abdominale est l'opération de choix, son hémostase est mieux réglée et l'on évite facilement (en saisissant non pas le fond lui-même avec des pinces à griffes, mais les cornes utérines à l'insertion des trompes) la déchirure d'un utérus ramolli ou atteint de pyométrie, accident toujours sérieux (infections et greffes cancéreuses). Exceptionnellement, chez une femme obèse on pourra cependant recourir encore à l'hysterectomie vaginale.

Les résultats sont assez bons dans l'ensemble : la mortalité immédiate post-opératoire peut être facilement réduite à 4 ou 5 pour 100 avec une bonne techni-

que et l'on observe au moins 50 pour 100 de guérisons durable au delà de cinq ans. Les récidives et les métastases se voient surtout dans les cas qui ont été méconnus ou trop tardivement reconnus.

A la Société d'Obstétrique de Bordeaux, à la séance du 15 avril 1928, on entendit Guyot sur quelques cas de néoplasme du corps utérin traités par le radium. Aux cas courants, répondant à la conception classique du traitement chirurgical, il faut opposer quelques cas d'exception où l'on doit avoir recours au radium, en particulier chez des femmes très âgées. La statistique personnelle de ce chirurgien porte sur six cas ainsi traités favorablement, sans incidents.

Il faut donc atténuer la rigueur exclusive de la conduite classique en s'inspirant du terrain et des circonstances, dit Guyot.

En séance du 8 mai 1928, la discussion portant sur le traitement des néoplasmes du corps utérin, Charbonnel rapporte les résultats du traitement curiéthérapique publiés par Cahen et Delporte ; cas opérables 85 % de succès, cas inopérables 45 %, cas très avancés 25 %. Les cas opérables, dit-il, ressortissent toujours à la chirurgie, les cas mauvais bénéficient grandement de la curiéthérapie.

Guyot souligne l'évolution qui vient de se faire sur ce point. Le traitement chirurgical idéal n'est pas toujours possible ; par contre le traitement curiéthérapique est très actif, même dans les épithéliomas cylindriques ; il donne souvent des guérisons avec un minimum de risque chez des vieilles femmes toujours tarées.

Jean Duval, dans sa thèse de 1928 sur le « cancer pri-

mitif du corps de l'utérus » étudie son traitement chirurgical et son traitement par le radium.

A l'hôpital Broca, sur 117 épithéliomas du corps de l'utérus : 95 ont été opérés ;

17 traités par le radium ou les rayons X et opérés secondairement ;

5 traités uniquement par le radium.

Il envisage les diverses opérations pratiquées et convient de la gravité de l'hysterectomie totale chez la femme âgée, souvent fatiguée : la mortalité en est relativement élevée. Elle atteint le chiffre de 8 %. Elle reste évidemment l'opération indispensable lorsque le volume de la tumeur exige l'enlèvement total de l'utérus, « sans dilacération sans morcellement, lequel est presque inévitable dans l'opération vaginale. »

S'il accorde quelque avantage à cette dernière voie, c'est qu'elle n'expose presque pas aux phénomènes de choc. Pourtant elle expose à la greffe, car l'ouverture de la cavité interne se fait pendant l'opération.

L'hysterectomie subtotale a été pratiquée 18 fois avec

1 mort post-opétatoire ;
3 récidives ;
9 guérisons éloignées.

« Nous avons la conviction, dit-il, que chez des malades affaiblies, chez lesquelles l'hémostase et la réparation des délabrements causés par l'hysterectomie totale risquent de prolonger l'opération d'une façon excessive et qui peut devenir dangereuse, il peut être préférable de pratiquer une hysterectomie subtotale ».

En cas de contre-indication opératoire, le radium peut être employé : il n'apporte pas, nous dit-il, de guérison définitive mais une amélioration passagère.

Anatomie Pathologique

Le cancer du corps de l'utérus ressemble à celui de la cavité cervicale : c'est un épithélioma cylindrique, formé de tubes épithéliaux, ramifiés, que sépare un stroma conjonctif.

Ces lésions sont, dans certains cas difficiles à différencier des métrites glandulaires hyperplasiques.

S'agit-il d'une production inflammatoire avec prolifération des éléments glandulaires selon le type normal, ce qui répond à l'adénome bénin des Allemands, ou d'une forme néo-plasique, ce qui représente l'adénome malin ? La distinction est délicate. Elle doit se fonder sur les modifications morphologiques des cellules épithéliales et sur l'absence de paroi propre qui permet à ces cellules de reposer directement sur le muscle lisse, ce qui ne s'observe point dans les glandes hypertrophiées par l'inflammation, toujours entourées de tissu conjonctif.

Le cancer du corps se présente sous deux aspects macroscopiques :

1° La forme circonscrite, en tumeur bourgeonnante, riche en vaisseaux friables, occupant le fonds de l'utérus ;

2° La forme diffuse, s'étendant en surface sur la plus grande partie de la muqueuse (1).

La première forme est la plus répandue.

Le noyau cancéreux s'accroît lentement envahissant la muqueuse du corps et infiltrant le muscle en profondeur. Il reste longtemps cantonné à l'intérieur de la cavité utérine et il ne se propage aux ganglions et aux organes du petit bassin que très tardivement, demeurant longtemps enlevable ; c'est le type chirurgical.

L'utérus néoplasique est généralement augmenté de volume ; celui-ci peut varier de la grosseur d'une orange à celle d'une noix de coco (rare). Cette augmentation, portant sur l'épaisseur, rappelle, en général, la forme d'un utérus gravide de deux à trois mois.

Duval cite pourtant, ce qui est exceptionnel, un cas d'utérus demeuré de volume normal.

Dans sa thèse, Duval les divise en trois groupes :

1° *Forme pédiculée.* — Elle est représentée par une tumeur saillante dans la cavité utérine, à base d'implantation de largeur variable, n'étant parfois qu'un pédicule étroit, occupant un point quelconque de la muqueuse utérine, le plus souvent le fond. En dehors du point d'implantation, le reste de la muqueuse semble sain.

Cette masse de volume variable, allant de celui d'une grosse amande à celui d'un œuf de poule est irrégulièrement arrondie, épousant plus ou moins la forme de la cavité utérine. Sa surface est grisâtre avec des points hémorragiques.

2° *Forme ulcéreuse.* — La lésion se présente sous

---

(1) Forgue. Pathol. ext.

l'aspect d'une ulcération d'étendue variable, ulcération qui repose sur une masse néoplasique plus profonde. Celle-ci a tendance à s'étendre, à gagner en profondeur, plutôt que de bourgeonner vers la cavité utérine. C'est une forme relativement plus maligne. Quelquefois l'ulcération s'accompagne de quelques bourgeons néoplasiques de volume variable, le plus gros atteignant la dimension d'une petite noisette — bourgeons grisâtres friables, recouverts d'un enduit sanieux.

3° *Forme diffuse.* — Elle se développe en nappe pouvant occuper le tiers ou la moitié de la surface de la muqueuse et est formée de fongosités molles, friables, qui ne font qu'une très faible saillie. Elle offre alternativement au doigt qui palpe la sensation de points durs ou de points ramollis en voie de dégénérescence.

Le cancer diffus occupe de préférence le fond de l'organe ; comme les deux autres formes, sa surface est recouverte d'une sanie ichoreuse d'odeur infecte persistante, qu'il faut enlever pour se rendre compte exactement des limites de la partie malade.

Le tissu cancéreux, inégalement vascularisé, offre un terrain très favorable au développement des germes les plus variables, surtout des anaérobies (1).

L'extension aux organes voisins est rare ; ce n'est que très tardivement qu'il envahit le canal cervical et les ganglions, contrairement à ce qui se passe dans le cancer du col où ils sont rapidement infiltrés.

Les trompes et les ovaires sont rarement intéressées par l'envahissement cancéreux. Mais on en cite pourtant un certain nombre d'observations.

Il en est de même pour le péritoine et l'intestin.

Quant aux métastases, elles sont rares, et également tardives. On en cite dans le rein, le foie, le cerveau, la

plèvre, le poumon, le rein, les glandes de Bartholin, le vagin.

Il arrive assez fréquemment de voir l'association du cancer du corps avec d'autres tumeurs : cancer du corps et fibrome, cancer du corps et polype utérin, cancer du corps et kyste de l'ovaire.

Symptomatologie

Des hémorragies (en général peu abondantes) *de l'hydrorrhée* (pertes séreuses ou séro-purulentes, gris sale, odorantes) *des douleurs* telle est la triade symptomatique par laquelle se révèle le cancer du corps. Un fait est remarquable : les douleurs, tardives dans les cancers du col, sont précoces dans les cancers du corps; ce sont des douleurs de métrite, avec tiraillement et sensation de pesanteur, de vraies coliques utérines, des crises paroxystiques (dues à la rétention intra-cavitaire des pertes hemo-purulentes et à leur évacuation en gorgées).

Le diagnostic offre quelques difficultés ; si les hémorragies existent seules, on peut penser, chez une femme jeune, à une endométrite hémorragique ou à un petit fibrome. Toutefois dans l'endométrite hémorragique on trouve dans les antécédents un avortement récent et dans le fibrome les hémorragies se produisent au moment des règles. Chez une malade ayant franchi la ménopause on peut croire à une métrite sénile ou à un fibrome utérin. L'intensité des douleurs est un caractère particulier au carcinome du corps : le fibrome, non compliqué, n'est pas douloureux.

L'examen d'une parcelle de la tumeur ramenée par

un curetage explorateur constitue évidemment un moyen excellent de diagnostic.

Malheureusement ce curettage expose, s'il est pratiqué au niveau d'une portion friable de la paroi utérine, à la perforation de celle-ci, et d'autre part il peut porter sur une région saine de la muqueuse, ce qui entraîne à rejeter à tort le diagnostic de cancer.

De tous les symptômes, dit Duval, l'hémorragie est de beaucoup le plus important. La moindre perte de sang survenant chez une femme âgée doit faire penser immédiatement au cancer du corps utérin. Si cette hémorragie est persistante le diagnostic de cancer est presque une certitude. Le curettage explorateur n'est pas indispensable.

Observations

OBSERVATION I

(Professeur VANVERTS)

Cancer et fibrome du corps utérin. Hystérectomie vaginale.

Mme D..., 58 ans. — Règles normales. Quatre accouchements, ménopause en 1902. En 1912 leucorrhée fétide. En janvier 1913, la malade se plaint à son médecin qu'elle présente depuis longtemps un léger écoulement de sang par son vagin. On pratique un curettage en février et des débris sont confiés au professeur Curtis qui n'y découvre aucun élément néoplasique. Ce curettage n'est suivi d'aucune amélioration.

Des douleurs légères apparaissent dans le bas ventre avec irradiation dans les lombes et dans les fesses. Au milieu d'octobre 1913 les métrorragies sont plus abondantes ; mais n'exhalent pas de mauvaise odeur. L'état général reste bon, il n'y a pas d'amaigrissement.

Le 22 novembre 1913, je suis appelé à examiner cette malade dont l'état est le suivant : Les divers organes sont sains. Le col utérin est normal. L'épaisseur de la paroi abdominale ne permet pas d'établir le volume de l'utérus.

Je conclus à l'existence probable du cancer du corps et

conseille l'hystérectomie. Mais la malade se refuse à l'opération.

Le 30 mai 1914 le médecin m'a dit que l'examen d'un débris utérin par le professeur Curtis a permis de reconnaître l'existence d'un adénome malin diffus en mars 1914.

Le 15 juin 1914 je revois cette malade, sa santé continue à être bonne. Les métrorragies sont abondantes intermittentes et remplacées par un écoulement blanc rosé. Parfois existent quelques douleurs à gauche du ventre. Des débris sont quelquefois expulsés par le vagin. L'examen est négatif comme précédemment.

Le 17 juin 1914, sous chloroformisation, je constate que l'utérus est augmenté de volume et que sa cavité mesure 10 centimètres. Je me décide à pratiquer l'hystérectomie vaginale ; mais j'éprouve des difficultés dues à l'adherence de l'utérus à gauche. Au moment où je veux passer des pinces sur le ligament large gauche, celui-ci s'arrache. Bien qu'ayant pu cependant placer des pinces sur les points qui saignent, je n'ai pas une hémostase parfaite et je me décide à pratiquer la laparotomie. Je constate qu'il existe dans le ligament large droit un fibrome du volume du poing que j'enlève. A gauche existe un suintement sanglant en masse. De ce côté le cancer a nettement envahi le ligament large. Des adhérences qui fixaient l'utérus au rectum ont été rompues mais il existe une petite brèche dans la paroi de l'intestin ; je la suture à l'aide de deux plans de catgut. Un mickulicz est placé sur les régions où le suintement sanguin persiste.

Examen de la pièce. L'utérus renfermait un cancer limité à la muqueuse du corps et un noyau fibromateux interstitiel.

Les suites opératoires furent mouvementées. Un suintement fétide et assez abondant se produisit par la plaie abdominale et par le vagin. Il s'agissait, semble-t-il, de gangrène et non d'élimination de matières venant de l'intestin. L'odeur gangréneuse disparait à partir du 30 juin.

Le 8 juillet, après l'expulsion de deux gros débris sphacélé par le vagin la cicatrisation de la plaie abdominale s'effectua rapidement. L'état général redevient excellent.

OBSERVATION II

(Professeur VANVERTS)

Cancer du corps utérin. — Hystérectomie vaginale

Mme V..., 48 ans. Bonne santé. Règles normales. Pas de grossesse.

Depuis quelque temps les règles sont plus abondantes et de la leucorrhée a fait son apparition. Depuis quelques mois existent des douleurs abdominales. L'état général est bon ; il n'y a pas d'amaigrissement.

Le médecin a constaté, vers le milieu de juin 1911, l'existence d'un utérus très volumineux dont le fond atteignait l'ombilic. Quelques jours après l'organe avait diminué notablement.

Le 11 juin 1911, l'état est le suivant : l'utérus remonte à trois travers au-dessus du pubis et renferme un noyau dur en avant de son fond. Le col est normal, mais ramolli.

Je conclus à l'existence d'un fibrome.

La leucorrhée augmente ensuite d'abondance, l'amaigrissement apparaît et s'accentue rapidement ; au moment des règles l'écoulement est considérable.

Le 14 mai 1912, je constate que le col est dilaté mais que son orifice externe ne l'est pas. On a l'impression que la cavité cervicale renferme quelque chose qui la distend et dont la consistance est molle. Le volume de l'utérus ne semble pas avoir augmenté.

Je pense à l'existence d'un fibrome intra-utérin.

Le 21 mai 1912, j'interviens avec l'intention de limiter

mon intervention si possible, à l'ablation du fibrome intra-utérin, ou de faire l'hystérectomie vaginale. Après l'incision transversale du cul-de-sac antérieur du vagin, je décolle la paroi antérieure du col et du corps utérins ; puis j'incise le col sur la ligne médiane. Du pus s'écoule de l'utérus, phénomène qui s'était déjà produit au cours du décollement de la paroi antérieure de l'utérus. Je constate l'existence de végétations ramollies dans la cavité utérine. Dans ces conditions, je pratique l'hystérectomie vaginale qui présente quelques difficultés en raison des adhérences que présente l'utérus. Le sang s'écoulant avec une certaine abondance, je me décide rapidement à pratiquer la laparotomie qui me permet de constater que l'hémorragie est arrêtée, mais qu'il existe dans le pelvis une surface cruentée très étendue, due à la libération de l'utérus. L'épiploon est adhérent dans le pelvis.

Je referme le ventre, en me contentant du drainage par le vagin.

Examen de la pièce. — Le cancer constitué par de grosses végétations, a envahi la muqueuse utérine, mais respecté celle du col ; il a atteint le muscle, mais respecté le péritoine. L'utérus est augmenté de volume, mais ne renferme pas de fibrome. On trouve, à sa surface externe, la trace des adhérences qui fixaient l'utérus aux parties voisines.

Les suites de cette intervention furent simples. L'état général redevint bon et l'opérée grossit.

En mars 1913 apparurent des douleurs et de la leucorrhée ; l'amaigrissement fit de rapides progrès. Une fistule vésico-vaginale se produisit. Le médecin constata l'existence d'une récidive locale. La mort survint en septembre 1913.

OBSERVATION III

(Professeur VANVERTS)

Cancer du corps utérin. — Hystérectomie vaginale

Mme C..., 47 ans. Bien réglée. Deux accouchements. Depuis 1910 vapeurs et sueurs, malaises. Absence de règles en janvier et février 1912. En mars règles peu abondantes. Depuis avril métrorragie presque continuelle, plus ou moins abondante suivant les moments. Pas de leucorrhée. Pas de mauvaise odeur de l'écoulement vaginal. Pas d'amaigrissement ; mais affaiblissement. Les diverses fonctions sont normales.

Un médecin consulté il y a un mois, a conclu à des troubles de la ménopause. Un autre, ayant trouvé quelque chose d'anormal au niveau de l'utérus m'envoie la malade.

Le 12 août 1912, la situation est la suivante : Aspect général bon. L'épaisseur de la paroi abdominale ne permet pas d'examiner l'utérus : on trouve dans le cul de sac postérieur une masse qui peut être constituée par le corps utérin ou par un noyau fibromateux ; le col est sain. Divers organes sains. Je conclus à l'existence ou d'un cancer du corps ou d'un fibrome intra-utérin.

Le 16 août 1912, hystérectomie vaginale simple, sans que j'aie dû hémisectionner l'utérus.

Examen de la pièce. L'utérus a son volume normal ; il ne présentait aucune adhérence. Au fond de la cavité utérine et sur la partie supérieure de la paroi postérieure de l'organe et des faces latérales existent des végétations friables. La lésion semble limitée à la muqueuse.

Les suites opératoires furent très simples. L'état général redevint excellent. Augmentation du poids.

Le 12 novembre 1912 l'opérée vient me revoir parce qu'elle souffre légèrement dans le côté droit du bas ven-

tre; ces douleurs augmentent aux moments où auraient dû venir les règles. L'état général est bon. Les forces ne sont pas encore complètement revenues. L'examen est négatif. Les douleurs diminuèrent ensuite sans toutefois disparaître complètement. Les forces revinrent. Le poids resta sans changement.

Le 13 août 1913 je revis l'opérée dont la santé était parfaite. Il en était de même en juin 1919.

OBSERVATION IV

(Professeur VANVERTS)

Cancer du corps utérin. — Hystérectomie vaginale

Mme V..., 35 ans. 6 accouchements. Règles normales. Depuis 3 mois, à la suite d'une époque menstruelle, des métrorragies ont apparu et ont persisté presque continuelles. Leucorrhée depuis très longtemps, non fétide. Amaigrissement de 6 kilos. Douleurs dans le bas ventre depuis 4 semaines.

Le 10 août 1921 la situation est la suivante : utérus augmenté légèrement de volume, mobile ; col sain, l'hystéromètre fait saigner abondamment. La femme est très anémiée.

Je porte le diagnostic de cancer de l'utérus (cavité cervicale ou plutôt corps).

Etant donné l'état d'anémie, je fais faire des injections d'hémostyl pendant quelques jours.

Quelques jours après son entrée à l'hôpital, la malade présente une élévation de température (39°5) qui dure deux jours et que, en l'absence de toute localisation infectieuse, je mets sur le compte de l'utérus.

Cet état probable d'infection utérine me conduit à adopter la voie vaginale pour pratiquer l'hystérectomie.

Le 28 août 1921, hystérectomie vaginale suivie de ligatures de divers pédicules vasculaires. Aucun incident.

Examen de la pièce. Le col est sain. La cavité utérine est occupée par une masse bourgeonnante, gangrénée en certains points, exhalant une odeur fétide, insérée exclusivement sur la paroi postérieure de l'organe dans sa moitié supérieure. Le muscle semble sain à l'œil nu. Le volume de l'utérus n'est guère augmenté.

Suites très simples et apyrétiques. L'opérée quitte l'hôpital le 5 septembre en bon état. Je n'ai pu avoir de ses nouvelles depuis cette époque.

OBSERVATION V

(Professeur VANVERTS)

Cancer du corps utérin et kyste ovarique
Hystérectomie abdominale totale

Mme S..., 58 ans. Une sœur décédée de cancer abdominal ; un frère décédé de cancer gastrique.

Bonne santé. 3 accouchements normaux. Ménopause il y a 10 ans.

En fin janvier 1911 apparition d'une leucorrhée glaireuse, roussâtre, qui au bout de 8 jours est remplacée par une métrorragie qui ne disparaît que vers le 15 février. En présence de cette disparition de l'écoulement sanguin, le médecin déclare qu'il n'y a pas lieu de s'inquiéter et qu'il s'agit « d'une faiblesse de la matrice ». Un autre médecin parle « d'inflammation de la matrice », ordonne des injections vaginales, des fortifiants et revoit l'intéressée chaque mois. En juillet, il conclut que la guérison est à peu près complète et cela malgré la persistance de la leucorrhée qui n'a pas cessé depuis le début de l'année et a alterné avec de courtes métrorragies. Le 2 octobre, métrorragie abondante, qui se prolonge jusqu'au 4, reparaît le 13 et dure 2 jours, reparaît le 17 ; dans l'intervalle la leucorrhée continue et est malodorante. Depuis janvier

existent des douleurs abdominales, supportables, analogues à des coliques menstruelles ; elles s'accompagnent de douleurs lombaires. Bien que l'alimentation ait été riche (pour combattre l'affaiblissement) l'état général a progressivement décliné ; la malade a maigri, s'est affaiblie progressivement, son appétit est médiocre. La digestion et la défécation sont normales. La miction est aussi normale.

Le 17 cotobre 1911 l'état est le suivant : Aspect général bon. Palper abdominal négatif. Col utérin sain ; corps légèrement augmenté de volume, rétrofléchi (rétroflexion réductible) un peu douloureux à la pression. Pas d'adénopathies. Foie et cœur normaux. Pas d'albuminurie ni de glycosurie.

Je porte le diagnostic de cancer du corps probable.

La malade est admise à la maison de santé où je fais pratiquer de la désinfection vaginale, les pertes étant très fétides. Le 24, la température s'élève à 38°9 sans que je puisse trouver d'autre raison à ce fait que l'infection utérine ; la fièvre disparaît du reste le lendemain.

On fait à la malade une injection sous-cutanée de 200 gr. de sérum chaque jour et une injection d'un milligramme de strychnine.

Laparotomie (25 octobre 1911). La chloroformisation fut mal dirigée ; l'opérée fit à plusieurs reprises des efforts qui amenèrent les anses intestinales au contact des lèvres du vagin. Je constate que l'utérus est gros, irrégulier, mais libre. A droite de lui se trouve un kyste ovarique.

Hystérectomie totale. Fermeture des lèvres de l'incision vaginale au catgut. Le lambeau péritonéal taillé en avant de l'utérus est rabattu en arrière et fixé par un surjet de catgut de façon à recouvrir et à isoler de la grande cavité péritonéale le surjet placé sur l'orifice vaginal. Un drain est placé au fond du pelvis et sort par une contre-ouverture latérale pratiquée dans l'un des muscles droits. Fermeture complète de la plaie abdominale.

Examen de la pièce. — L'utérus très gros, présente deux bosselures dues à des noyaux fibromateux. A l'ouverture de sa cavité, on constate que celle-ci est remplie par un vaste chou-fleur qui s'insère sur presque toute l'étendue de la muqueuse ; celle-ci est cependant saine au niveau de l'isthme et du canal cervical. Il semble que la lésion ait commencé à envahir les couches les plus superficielles du muscle utérin. L'ovaire gauche est sain. L'ovaire droit présente un kyste dont le contenu est jaune et visqueux et dont la paroi interne présente des végétations. Les trompes sont saines.

Les suites furent fébriles, 38°5 à 40°, pouls vers 100, la respiration devint rapide et gênée. Le ventre se ballonna légèrement. Des râles de congestion apparurent dans les poumons, puis furent accompagnés de souffle à la base droite. Malgré l'usage des excitants divers et bien que la diurèse s'effectue normalement, l'état s'aggrava et la mort survint le 29, à 5 heures.

OBSERVATION VI

(Professeur VANVERTS)

Cancer du corps utérin.
Hystérectomie abdominale totale

Mme R..., 57 ans. Réglée normalement. Un accouchement en 1890. Ménopause sans incidents à 40 ans.

Depuis avril 1924, métrorragies presque continuelles avec de courts arrêts, peu abondantes. Entre les métrorragies pertes vaginales roussâtres ou jaunâtres. Pas de douleurs. Sensation de fatigue et d'affaiblissement depuis un mois.

En Avril 1915, l'état est le suivant : Femme amaigrie ; souffle cardiaque systolique. Foie normal. Utérus augmenté de volume, mobile ; col sain, mais un peu dilaté ;

le doigt introduit en ses lèvres, perçoit profondément des masses bourgeonnantes. Les pertes séro-sanguinolentes qui s'écoulent de l'utérus sont très fétides. Les annexes paraissent saines.

Diagnostic : Cancer du corps utérin.

Laparotomie : 14 avril 1915, à l'hôpital de la Charité de Lille.

Hystérectomie totale sans incidents. Au moment de la section du vagin, un peu de liquide s'écoula de la cavité utérine. Suture en bourse au catgut, de l'orifice vaginal, péritonisation du pelvis au catgut ; péritonisation haute par la suture du colon iliaque au péritoine vésical.

Examen de la pièce. La cavité utérine est remplie par de gros bourgeons dont une partie est sphacelée. Le pôle inférieur du bourgeon inférieur est au niveau du col et c'est lui que le toucher vaginal percevait parfois. La lésion a dépassé par en bas la limite de l'isthme, mais n'atteignait pas le museau de tauche. La musculeuse utérine est envahie et, en certains points l'épaisseur de la portion apparemment saine de la paroi utérine n'est guère que de 2 millimètres. Les annexes sont saines, les ovaires atrophiés ; une adhérence, qui fut facilement rompue, unissait le colon iliaque à l'ovaire gauche.

Les suites opératoires présentèrent quelques incidents. La température ne s'éleva guère au-dessus de 38°2. Mais la plaie adbominale suppura et se désunit. Il y eut une escharre sacrée. La guérison fut cependant obtenue et l'opérée sortit de l'hôpital le 21 mai. Elle revint à la consultation le 18 juin : elle avait grossi, ne présentait aucune perte vaginale ; la plaie abdominale, mal soignée, n'était pas encore complètement cicatrisée.

L'opérée n'a pas été revue et je n'ai pu obtenir de renseignements sur elle.

OBSERVATION VII

(Professeur VANVERTS)

Cancer du corps et du col de l'utérus. Hystérectomie totale abdomino-vaginale.

Mlle V..., 26 ans. Règles normales avec caillots depuis quelques mois. Pas de grossesse. Il y a un an et demi, mon collègue Breton avait constaté que l'utérus était augmenté de volume. Un écoulement glaireux, parfois sanguinolent apparut ultérieurement. Des douleurs dans le bas ventre existaient depuis deux ans ; elles ont disparu depuis quelques mois pour reparaître depuis les dernières règles. L'état général est resté bon et le poids a augmenté de 5 kilos depuis un an.

Le 11 mars 1918 l'état est le suivant. Les divers organes sont sains (examen du Dr Breton). Le toucher vaginal montre que le col est déchiré à gauche, laisse pénétrer l'extrémité du doigt qui constate l'irrégularité et l'induration des tissus cervicaux ; le corps est augmenté de volume, indolore au toucher, situé en rétroflexion et latéroversion droite, jouissant d'une certaine mobilité ; on ne perçoit rien d'anormal autour de l'utérus. Au speculum on constate l'existence d'un ectropion étendu avec ulcération du col ; des glaires sanguinolents recouvrent le col.

Le diagnostic reste hésitant. S'agit-il de cancer ou de tuberculose ?

Quelle que soit la nature de la lésion, l'opération s'impose.

L'intéressée ne se décide pas de suite. Les règles continuent à être abondantes ; la leucorrhée persiste. Un nouvel examen constate l'existence de bourgeons au niveau du col utérin. Les douleurs sont minimes.

Le 10 juillet, on pratique à l'hôpital une opération vaginale sur la nature de laquelle je n'ai pu avoir de rensei-

gnements. A la suite de cette opération, les règles sont revenues très abondantes ; la douleur est peu accusée.

Le 5 août, l'état général est mauvais ; la faiblesse est grande, la pâleur du visage est accusée. L'anémie est très prononcée comme l'indique la numération des globules rouges (2 millions de G. R.). Je décide d'attendre un peu pour intervenir et m'efforce de remonter l'intéressé par l'alimentation et autres moyens. L'appétit est bon, les douleurs nulles, la leucorrhée légère, les règles suivantes sont peu abondantes.

L'état général ne se remonte pas, la faiblesse reste la même, l'état local ne subit guère de changements ; il y a parfois un léger mouvement fébrile.

Dans ces conditions je décide d'intervenir.

L'opération est pratiquée le 9 octobre 1918.

1° Temps abdominal : Laparotomie.

Libération de l'utérus qui est adhérent au niveau de l'isthme au côlon pelvien ; libération de l'ovaire droit prolabé dans le Douglas et adhérent au ligament large et à l'utérus (la séparation de l'utérus et du colon a dû être faite aux ciseaux qui ont sectionné du tissu dur). Isolement complet de l'utérus, ligature des divers pédicules vasculaires. Péritonisation haute par suture à l'aide de quelques points au catgut, du côlon pelvien au lambeau péritonéal taillé sur la face antérieure de l'utérus, au-dessus de l'utérus refoulé au fond du pelvis.

Fermeture de la paroi.

2° Temps vaginal :

Incision du vagin, circulairement à quelque distance du col. Puis extraction facile de l'utérus.

Examen de la pièce. — Le tissu utérin, aussi bien au niveau du col qu'au niveau du corps est dur, blanchâtre ; la lésion atteint le corps presque jusqu'au fond, le col jusqu'au museau de tanche. Il n'y a pas de véritable ulcération sauf au niveau du museau de tanche. Celui-ci présente une surface mamelonnée ; mais ce ne sont pas bour-

geons ordinaires de cancer. L'ovaire est scléreux et kystique.

Les suites de l'intervention furent simples et apyrétiques. La plaie abdominale se réunit per primam. L'opérée quitta la maison de santé le 31 octobre en bon état ; elle était encore pâle mais se déclarait plus forte qu'avant l'intervention.

Elle me donna de ses nouvelles à plusieurs reprises ; sa santé s'était améliorée rapidement. En novembre 1921, l'état était excellent ; le poids avait notablement augmenté.

L'histoire clinique, les constatations opératoires, les suites me laissent un doute sur la nature cancéreuse des lésions. L'examen macroscopique de la pièce n'est pas non plus en faveur du cancer. Malheureusement, l'examen microscopique ne put être fait en raison de la situation dans laquelle Lille se trouvait à ce moment (fin de l'occupation allemande, etc.).

OBSERVATION VIII

(Professeur VANVERTS)

Cancer du corps utérin et du canal cervical
Hystérectomie abdominale totale

M^lle D..., 58 ans. Bonne santé. Ménopause il y a 6 ans, en 1909. En 1911, métrorragie qui disparaît rapidement et ne se reproduit pas. Il y a un an, en juillet 1914, de la leucorrhée apparaît et a persisté depuis. En mars 1915, apparition de métrorragies qui ont continué depuis cette époque. Pesanteur douloureuse dans le bas-ventre. Amaigrissement très accusé.

Le 17 juillet 1915, l'état est le suivant :

Bon aspect général. Le toucher vaginal, difficile, en

raison de la présence de l'hymen, montre que le col utérin est sain, et que le corps remonte à 4 travers de doigt au-dessous de l'ombilic, qu'il est mobile et non douloureux.

Je pose le diagnostic de CANCER DU CORPS UTÉRIN.

Le 21 juillet 1915, laparotomie. L'utérus est gros, présente une consistance molle ou dure suivant les régions ; il est libre. En arrière de l'isthme existe une nodosité.

HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE.

Fermeture du vagin à l'aide d'un surjet ; enfouissement de cette suture sous un surjet unissant le péritoine vésical au péritoine postérieur. Péritonisation haute.

EXAMEN DE LA PIÈCE. — Utérus très gros. Sa cavité renferme un cancer qui a envahi toute la muqueuse du corps et celle du col jusque près de l'orifice externe. En certains points existent de véritables cavités, ouvertes dans l'utérus et dues à la destruction du tissu utérin par le cancer. Ceuli-ci a envahi profondément la musculeuse, mais a respecté la séreuse.

La paroi utérine présente des noyaux fibromateux qui semblent avoir été envahis par le cancer. Au niveau du fond de l'utérus existe un polype fibreux dont la périphérie est envahie par le cancer.

Les suites opératoires sont simples. Cependant à partir du second jour, existe une incontinence d'urine probablement due à une déchirure de la vessie.

Le 11 août, l'opérée sort de la Maison de Santé en bon état .Celui-ci persiste pendant quelques mois et l'opérée grossit ; mais l'incontinence d'urine persiste. A la fin de décembre des douleurs apparaissent dans le ventre et dans les lombes. L'opérée commence à maigrir et perd l'appétit. En mars 1916, la situation est la même et l'examen ne me permet de reconnaître aucune trace de récidive. En juillet, j'apprends que la malade se cachectise de plus en plus, qu'elle a de violentes douleurs dans le ventre et qu'elle présente des escharres. Il n'y a pas de pertes vaginales.

La mort survient le 18 juillet. Quelques jours avant le décès, le médecin constatait l'existence d'indurations multiples dans le ventre.

OBSERVATION IX

(Professeur VANVERTS)

Cancer utérin propagé à l'intestin. Hystérectomie abdominale et entérectomie

Mme L..., 56 ans. Bien réglée. Ménopause à 50 ans. Pas de grossesse (mariage à 48 ans).

En septembre 1915 apparaît de la leucorrhée. La malade s'amaigrit. Depuis la fin de septembre 1915 existent des métrorragies d'abondance moyenne. En octobre 1915 apparaissent des douleurs dans le bas ventre ; elles sont irrégulières et deviennent plus accusées à partir de novembre. L'appétit reste bon. L'amaigrissement augmente progressivement.

Le 12 janvier 1916, l'état est le suivant : l'utérus est augmenté de volume et remonte à 3 ou 4 centimètres au-dessus du pubis ; il est mobile et douloureux à la pression. Le col est sain. Les autres organes sont normaux.

Dans le sein gauche existe depuis quelques mois une tumeur indolore, à limites vagues.

Je diagnostique un cancer du corps de l'utérus et un cancer du sein.

La malade entre dans le service du professeur Lambret qui confirme mon diagnostic concernant le sein, mais pense à un fibrome au niveau de l'utérus.

Il procède d'abord à l'ablation du sein gauche ; puis étant revenu sur son diagnostic et penchant du côté du cancer utérin, il pratique la laparotomie et constate

l'existence d'un cancer utérin compliqué d'un cancer intestinal. Il procède à l'ablation des deux tumeurs.

La suture intestinale se désunit le lendemain et, malgré une entéroproctie, la mort survient rapidement.

OBSERVATION X

(Professeur VANVERTS)

Cancer du corps utérin. Hystérectomie abdominale subtotale.

Mme D..., 60 ans. Bonne santé. Règles normales supprimées à 50 ans. Un accouchement il y a 36 ans.

En juillet 1924 apparition de pertes vaginales, intermittentes aqueuses ou sanguines. Le médecin consulté croit à de la métrite. Il revoit la malade en janvier et juillet 1925.

En janvier 1926, il me l'adresse pour fibrome ou néoplasme utérin.

Le 26 janvier 1926 la situation est la suivante : indolence, métrorragies constantes depuis 8 jours ; amaigrissement très léger ; santé sans changement, fonctions digestives normales ; pas de troubles mictionnels. L'examen ne révèle rien d'anormal : le col utérin est sain ; le corps est de volume un peu augmenté ; le cathétérisme de l'utérus amène un saignement.

Je pose le diagnostic de CANCER du corps utérin.

Opération le 3 février 1926. — Laparotomie.

Le corps utérin augmenté de volume est de consistance assez molle ; il présente plusieurs petits noyaux fibromateux sous-séreux sessiles. Les annexes sont saines. Le col utérin semblant sain, je pratique une HYSTÉRECTOMIE SUBTOTALE. Je fais aussitôt inciser l'utérus pour m'assurer que la section de l'organe a porté en tissus sains, à distance de la lésion. M'étant assuré que je suis resté à plu-

sieurs millimètres de la limite inférieure de la tumeur, je termine à l'ordinaire l'opération. Toutefois, comme au moment de la section du col un magma sanguinolent s'était écoulé de l'utérus, je place au fond du Douglas un drain que je fais sortir par la partie inférieure de la plaie abdominale et que j'enlèverai au bout de 24 heures.

Examen de la pièce. — L'utérus est rempli de bourgeons cancéreux qui s'insèrent sur toute la surface de la muqueuse.

L'examen histologique n'a pas été fait ; mais macroscopiquement il semble que la lésion n'ait guère entamé la paroi musculaire.

Suites simples et apyrétiques.

L'opérée revue à plusieurs reprises, la dernière fois en décembre 1929, a continué à jouir d'une excellente santé et n'a jamais présenté aucune perte.

OBSERVATION XI

(Professeur VANVERTS)

Cancer du corps utérin.

Hystérectomie abdominale subtotale.

Mme R..., 52 ans. Bonne santé. Deux accouchements, le dernier il y a 22 ans. Depuis un certain temps les règles sont plus abondantes et il y a entre elles, un léger écoulement vaginal rosé, inodore. Les avant-dernières règles ont été abondantes et l'intéressée affaiblie par cette perte de sang ne se remit qu'au bout de plusieurs semaines. Les dernières règles ont été moins abondantes.

Le 20 janvier 1928, je constate que l'utérus est fortement augmenté de volume car son fond remonte à 3 travers de doigt au-dessus du pubis ; il est mobile, de forme régulière, indolore au palper. L'état général semble bon.

Diagnostic : fibrome utérin.

Laparotomie le 23 janvier 1928.

Hystérectomie subtotale sans incidents avec section basse du col.

Examen de la pièce. — L'incision de l'utérus que je croyais fibromateux me réserve une surprise : la cavité de l'organe est remplie par une tumeur bourgeonnante en chou-fleur, présentant une consistance friable, insérée sur toute la face antérieure de l'organe. La partie inférieure du néoplasme est à 2 centimètres environ de la section du col qui semble en conséquence avoir porté en tissus sains. Les parois utérines sont hypertrophiées. Ovaires atrophiés et sains.

Cancer utérin, forme adénome malin. Enorme réunion de tubes épithéliaux à cellules cylindriques sans stroma intermédiaire. Pronostic grave.

Suites apyrétiques et très simples. En janvier 1930 l'opérée est en excellente santé.

OBSERVATION XII

(Professeur VANVERTS)

Cancer pédiculé de l'utérus.

Hystérectomie abdominale subtotale.

Mme D..., 52 ans. Bien réglée. Ménopause il y a un an. Deux accouchements normaux.

Depuis la ménopause, perd parfois un peu de sang ; cet écoulement est devenu abondant et constant depuis le début de juin 1924. Pas de douleurs, sauf au moment de la défécation.

Le 8 juillet 1924, l'état est le suivant : Femme maigre. Cœur sain. Corps utérin augmenté de volume (le fond remonte à deux travers de doigt au-dessus du pubis) antéfléchi, paraissant présenter des noyaux fibromateux légè-

rement saillants à la surface de l'organe, mobile, douloureux à la pression et à la mobilisation ; col sain. Rien autour de l'utérus.

Diagnostic : CANCER DU CORPS UTÉRIN, avec fibromes probables.

12 juillet 1924 : laparotomie. L'intégrité du col ayant été constatée : HYSTÉRECTOMIE SUBTOTALE sans incidents. L'ovaire gauche a été laissé.

EXAMEN DE LA PIÈCE. — La cavité de l'utérus est remplie par une tumeur ayant le volume du poing, moulée sur les parois de l'organe, à surface lisse, à coloration grisâtre, à consistance friable, insérée par une base assez étendue sur la partie antérieure du fond utérin (la tumeur est donc indépendante de l'utérus sur la plus grande partie de l'organe). La paroi de l'utérus semble saine sur toute son étendue sauf au niveau de l'implantation de la tumeur. En ce point il semble que la lésion ait envahi le muscle.

La coupe de la tumeur montre que celle-ci est infiltrée de sang sur une grande partie de sa masse.

Deux noyaux fibromateux, faisant une légère saillie du côté de la séreuse, existent dans la paroi utérine.

Les deux ovaires sont atrophiés.

Examen microscopique de la pièce (professeur Curtis). Cancer utérin à bourgeons pleins, ayant envahi le muscle, forme la plus fréquente chez les femmes âgées.

Suites simples et apyrétiques, troublées cependant par une légère congestion des bases pulmonaires. L'opérée quitte la maison de santé le 26 juillet en excellent état.

En octobre la santé est parfaite. Le poids augmente.

Revue en mars 1925, en janvier 1926 et le 19 décembre 1929. L'opérée était en excellente santé.

OBSERVATION XIII

(Professeur VANVERTS)

Fibrome et cancer du corps de l'utérus ; cancer de l'ovaire. Hystérectomie abdominale subtotale.

Mme R..., 50 ans. Pas de grossesse. Règles normales. Depuis quelque temps ces règles viennent très irrégulièrement et ne peuvent plus être considérées comme telles : ce sont des métrorragies très fréquentes. Des douleurs légères existent dans la partie gauche du bas ventre. Il y a un peu d'amaigrissement.

Le 10 juin 1928, l'état est le suivant : L'aspect général est bon. Le cœur est sain. Le corps utérin est notablement augmenté de volume et nettement fibromateux ; le col est sain. A gauche de l'utérus existe une grosse masse kystique, un peu douloureuse au palper.

Je pose le diagnostic de FIBROME UTÉRIN coexistant avec un KYSTE DE L'OVAIRE.

LAPAROTOMIE le 13 juin 1929.

L'utérus fibromateux se présente d'abord seul à la vue ; il est volumineux, déformé et à grand axe transversal. Derrière lui et un peu à gauche existe une tumeur kystique dont le pôle supérieur est libre, mais qui adhère par tout le reste de sa surface aux organes voisins. Je me rends compte qu'en arrière l'isolement de ce kyste sera facile. Bien qu'il n'y ait pas de liquide libre dans le ventre, ce kyste me semble malin, car j'y perçois des parties solides. Il est développé au dépens de l'ovaire gauche. A l'effet de faciliter les manœuvres d'isolement et d'extirpation et d'éviter des ruptures, je crois bon d'enlever d'abord l'utérus, puis de procéder de bas en haut à l'isolement du kyste.

L'hystérectomie est pratiquée par le procédé américain de droite à gauche. Au cours des manœuvres d'isolement de l'utérus je sépare le kyste de la face postérieure de l'or-

gane à laquelle il adhère. L'utérus enlevé j'isole le kyste du colon pelvien, celui-ci paraissant induré dans la région adhérente. Du côté de la paroi pelvienne gauche, l'adhérence est étendue et je ne suis pas certain que l'ablation des lésions ait été complète ; je crains qu'il y ait eu propagation des lésions hors de la paroi kystique dans cette région. Mikulicz étalé sur les surfaces cruentées du pelvis.

Examen de la pièce. — L'utérus est très déformé par de nombreux noyaux fibromateux sous-péritonéaux sessiles et interstitiels ; sa paroi est très épaissie. La cavité utérine renferme des végétations qui recouvrent la presque totalité de la surface interne (il existait donc un cancer dont l'existence n'avait pas été diagnostiquée). La section utérine a passé à un centimètre au-dessous de la limite inférieure de la lésion. La masse ovarienne est constituée par une infinité de poches petites, renfermant du liquide gélatineux jaunâtre, de parties solides, etc. ; il n'y a pas de grandes poches kystiques (donc lésion très maligne).

Les suites de l'intervention furent simples. Le mikulicz fut supprimé le 6e jour. L'opérée quitte la clinique en bonne santé.

Rapidement des troubles nouveaux apparurent ; des éléments néoplasiques se développèrent en diverses régions (cou, ombilic, estomac, etc.) et la malade succomba en octobre 1929. La mort survint ici du fait du cancer de l'ovaire qui avait dépassé les limites de l'organe.

OBSERVATION XIV

(Professeur VANVERTS)

Cancer du corps utérin.
Hystérectomie abdominale subtotale.

Mme C..., 59 ans. Bonne santé. Règles normales. Trois accouchements normaux, le dernier il y a 18 ans (en 1911).

En 1923 métrorragies abondantes ; puis les règles restant abondantes, apparaissent avec des retards ; elles manquent à plusieurs reprises pendant 3 mois en 1926. A partir de février 1927 se produit un écoulement fréquent, tantôt sanguin (peu abondant), tantôt rosé, tantôt blanchâtre. Il n'y a pas de douleurs, mais seulement de la pesanteur dans le bas-ventre. Appétit et digestion bons ; constipation existant depuis très longtemps. Etat général excellent.

Etat le 28 juin 1926 : Bon aspect. L'utérus semble normal. Le col est sain. Une bougie introduite dans le col fait saigner.

Ayant diagnostiqué un cancer du corps utérin, j'applique après dilatation du col à la laminaire, dans la cavité utérine deux tubes de 30 milligrammes de radium qui sont laissés six jours (les deux derniers jours l'un des tubes seul fut laissé en place, l'autre ayant été expulsé du col.

Il y eut à la suite de cette application la rectite qui disparut complètement en quelques semaines. L'écoulement utérin disparut jusqu'en août 1928. A ce moment du sang s'écoula assez abondamment pendant trois jours. Puis cet écoulement cessa pendant quelques jours ; il réapparut ensuite sous forme d'un suintement sanguin très peu abondant, mais presque continu ; l'état général resta parfait et l'indolence était complète.

Le 20 octobre 1928, l'examen est négatif. Le col est fermé et ne laisse pas passer une bougie fine.

L'état général continue à être excellent et le poids augmente. L'écoulement léger de sang continue ensuite. Le 23 novembre, l'examen local est toujours négatif.

Je songe qu'il pourrait bien s'agir d'une récidive et que l'intervention est indiquée. Mais l'intéressée s'absente pendant plusieurs semaines et je ne la revois que le 31 janvier 1929. La situation n'a pas changé : écoulement sanguin presque continu, parfois abondant, précédé souvent de douleurs lombaires ; l'état général n'est pas mauvais, mais l'intéressée se sent fatiguée et je lui trouve moins

bonne mine ; le col utérin est toujours sain, mais le corps est nettement augmenté de volume.

Je déclare qu'il faut absolument intervenir. Mais l'intéressée tergiverse, va consulter un chirurgien des hôpitaux de Paris, qui ne partage pas d'abord mon avis, puis qui, à un second examen, confirme mon opinion et conseille l'intervention. Ces tergiversations firent perdre du temps et retardèrent le moment de l'opération.

Le 4 avril 1929, laparotomie sous-rachianesthésie (à cause de l'emphysème qui existe et contre-indique l'anesthésie générale). L'utérus présente de petits noyaux fibromateux sous-péritonéaux sessiles.

Hystérectomie subtotale. — Je ne plaçai pas de pince de Museux sur l'utérus. Au moment de la section au niveau de l'isthme, une matière mollasse s'écoule de l'utérus et est soigneusement épongée avec des compresses. Ayant des doutes sur l'intégrité des tissus cervicaux laissés (malgré l'examen de l'utérus fait par un aide et montrant que je suis passé en tissu sain) j'excise aux ciseaux une partie du col. Au cours de l'intervention, j'avais trouvé sur la paroi pelvienne gauche, contre les vaisseaux iliaques internes, une masse dure, volumineuse, sous-péritonéale, que je considérai comme une adénopathie mais que je crus devoir laisser. Mikulicz.

Examen de la pièce. — L'utérus est augmenté de volume ; cette augmentation n'est pas considérable. La coupe de l'organe montre l'existence de plusieurs petits noyaux fibromateux interstitiels. La cavité utérine renferme des bourgeons mollasses qui la remplissent et qui adhèrent à la presque totalité de l'étendue de la muqueuse. La section du col a passé à quelques millimètres au-dessous de la limite inférieure de la lésion.

Le pronostic était sombre en raison de la présence de la masse ganglionnaire pelvienne que je craignais être de nature cancereuse.

Suites opératoires simples. Ablation du Mikulicz le

11 avril sous-chlorethylisation générale.

Le 27 avril, en faisant un toucher vaginal qui me démontra l'intégrité du moignon cervical, je trouvai au niveau de la face antérieure du vagin, tout près de l'orifice vulvo-vaginal, une induration irrégulière à limites vagues.

L'état général s'améliore rapidement et redevient excellent.

En juillet ou en août 1929 de légères pertes sanguines réapparaissent ; elles augmentent à la fin d'août. La santé reste bonne. Il n'y a pas de douleurs. La miction est plus fréquente. Au début de septembre je revois la malade et je constate que les indurations, constatées antérieurement sur la paroi antérieure du vagin se sont étendues de chaque côté et qu'il existe de véritables bourgeons. Le col est sain. On commence les séances de radiothérapie qui amènent rapidement la cessation de l'écoulement sanguin.

L'état général reste excellent. Les bourgeons diminuent certainement, comme je pus le constater le 25 novembre.

A partir du 30 novembre l'écoulement sanguin reparaît.

On applique en décembre du radium qui produit une radiodermite accusée.

OBSERVATION XV

(Professeur VANVERTS)

Cancer du corps utérin.

Hystérectomie abdominale subtotale.

Mme L..., 52 ans. Bonne santé. Règles normales. Deux accouchements, le dernier il y a 18 ans. Ménopause normale en 1925.

En juin 1928 apparaît un écoulement abondant de sang par le vagin, durant 2 jours. Depuis cette époque les métrorragies se sont reproduites fréquemment à intervalles irréguliers cessant parfois pendant 3 semaines, mais

réapparaissant d'ordinaire plus fréquemment. Aucune douleur d'abord ; douleurs dans le bas-ventre depuis octobre 1928. Peu à peu les douleurs ont augmenté et nécessité l'usage de l'aspirine, les métrorragies sont devenues plus abondantes et fatiguent la malade qui est restée alitée depuis 3 mois. Constipation depuis l'alitement. Léger amaigrissement. Assez bon appétit.

Le 16 mars 1929, la situation est la suivante : Visage pâle, cœur légèrement soufflant au 1er temps. Utérus augmenté de volume, mobile, indolore au palper. Col sain, rien autour de l'utérus.

Diagnostic. — Cancer du corps utérin. Laparotomie le 23 mars, précédée d'absorption d'hémostyl pendant plusieurs jours et ,la veille, d'injections sous-cutanée de sérum artificiel.

L'utérus présente des adhérences solides au niveau de la partie inférieure de sa face postérieure avec les annexes prolabées dans le cul-de-sac recto-utérin, avec le colon pelvien et le mésocolon. Je libère prudemment ces adhérences inflammatoires anciennes sans propagation du néoplasme de ce côté.

Hystérectomie subtotale sans incidents sauf quelques difficultés de ligatures et de péritonisation, dues à l'induration des tissus de la région de la base des ligaments larges, surtout à droite. Etant donné l'impossibilité de péritoniser les surfaces cruentées du Douglas résultant de la libération des adhérences, je place un sac de Michkulicz et un drain qui sortent par la partie inférieure de la plaie abdominale.

Suites opératoires simples et apyrétiques. Ablation du sac de Mikulicz le 28. Le drain progressivement raccourci est enlevé le 2 avril. La réunion de la plaie se fit « per primam » ; l'orifice du passage du drain était comblé et la cicatrisation complète à son niveau le 10 avril.

Examen de la pièce : L'utérus augmenté de volume, est rempli par une tumeur bourgeonnante, qui s'insère sur la face postérieure de l'organe et laisse libre et saine la paroi

antérieure. La lésion ne semble pas, microscopiquement, avoir envahi le muscle utérin. La section du col a porté au niveau ou un peu au-dessous de l'isthme, à 2 centimètres de la limite inférieure de la tumeur ; le tissu utérin est d'apparence saine au niveau de la surface de section ; il est scléreux. Les ovaires sont sains.

Revue le 16 décembre 1929, l'opérée était en parfaite santé, avait grossi, se plaignait de sueurs et de vapeurs, ne souffrait plus, n'avait plus eu aucune perte vaginale.

Traitement

En publiant cette modeste étude, nous tenons à bien préciser que notre dessein n'a été que de contribuer à l'étude du traitement du cancer du corps utérin. Nous nous sommes donc bornés à rappeler les grandes lignes de la symptomatologie et du diagnostic, qui ont été étudiés en détail, particulièrement dans la thèse de Duval qui est l'ouvrage le plus récent que nous connaissions sur la question.

Il nous semble bien établi que la chirurgie est la méthode qui donne les meilleurs résultats dans le traitement du cancer du corps utérin : « Une femme opérée de cancer du corps, au début, a environ 80 chances sur 100 de rester définitivement guérie » (Duval). Le traitement par le radium arrête bien les hémorragies et les écoulements utérins. Mais que peut-il sur la marche du cancer ? Il est des cas où la chirurgie ne peut plus intervenir ; et là pourtant, il ne la suppléera malheureusement pas, car il ne fera pas mieux qu'elle. Tout au moins permet-il d'essayer quelque chose ; une amélioration passagère peut s'en suivre et ce n'est pas tout à fait négligeable.

Si on s'accorde facilement sur ces points, la question de la voie d'accès est encore débattue. Sans revenir à

tous les procédés déjà employés et que notre historique a détaillés, nous ne voyons en présence à l'heure actuelle que la voie vaginale et la voie abdominale. Chacune a ses partisans, bien qu'en réalité les chirurgiens sembleraient ne devoir accorder maintenant leur préférence qu'à l'hystérectomie abdominale. Pourtant, tout dernièrement encore en séance du 26 novembre 1929, à la Société d'Obstétrique de Toulouse, M. Fournier apportait une observation d'hystérectomie vaginale dans un cas de cancer du corps utérin. Et il faisait, en terminant, cette réflexion : « Pourquoi avons-nous fait l'hystérectomie vaginale, cette opération que certains chirurgiens considèrent comme un peu archaïque et que l'on ne pratique plus guère à l'heure actuelle même dans les services les plus actifs ? Pour deux raisons : d'abord parce que c'est une opération rapide, peu schockante, facteur très important dans l'espèce vu le mauvais état général de notre malade qui n'aurait pas supporté une hystérectomie totale par voie abdominale ; ensuite parce que nous pensons que dans ce cas particulier, la voie vaginale permet de faire une opération sinon aussi large que par la voie abdominale, du moins suffisante pour dépasser les limites du mal, qui pendant longtemps, demeure cantonné au niveau des couches superficielles de la muqueuse utérine ou du muscle sous-jacent, sans tendance à la généralisation ». Nous acceptons toutes ces excellentes raisons ; mais là où le chirurgien ne semble pas avoir envisagé la possibilité d'une hystérectomie abdominale subtotale, nous nous demandons si cette dernière opération ne lui aurait pas donné d'aussi bons résultats ?

Nous ne comprenons pas les avantages prétendus de

la voie basse alors que ses inconvénients nous semblent très marqués.

Elle mérite d'abord d'être qualifiée d'aveugle, tandis que la voie abdominale permet au contraire de voir clair et de tout voir. C'est par là seulement en effet que sera possible le contrôle rapide de l'intégrité des ligaments larges, de l'état des annexes et surtout de l'existence des adhérences qui créent à l'hystérectomie vaginale de grosses difficultés, impossible à prévoir.

Le Professeur Vanverts, dans un cas d'hystérectomie vaginale où existaient des adhérences, produit une petite déchirure du rectum dont l'existence fut ensuite reconnue au cours de la laparotomie (Obs. I).

« Il est certain disent Schwartz et P. Riche que l'opérateur qui prend la voie vaginale s'interdit l'examen et à plus forte raison l'ablation des zones ganglionnaires, cette conduite paraîtrait en toute autre région peu recommandable, il n'est donc pas logique de l'employer pour l'utérus.

Par le ventre au contraire, on peut explorer les ganglions et les enlever, s'il y a lieu ; on voit ce que l'on fait, on peut disséquer les uretères. »

Le Professeur J.-L. Faure, dans son traité de gynécologie de 1923, nous appuie de toute son autorité lorsqu'il parle des « multiples raisons de clarté et de facilité » qui font de la voie abdominale la voie d'élection. Ainsi donc malgré la préférence qu'il marque pour la voie vaginale, il reconnaît bien qu'elle est obscure et difficile.

Et qu'est-ce qui faciliterait l'enlèvement de l'organe malade par la voie vaginale ? Ce n'est certes pas son volume déjà augmenté par la tumeur, parfois aggravé par la coexistence d'un fibrome. Il ne faut pas oublier

que chez ces femmes âgées, le vagin a une tendance à être atrésié et rigide (surtout chez les nullipares). Le défaut de souplesse des ligaments larges qui, a cet âge semblent aussi se scléroser, empêche l'abaissement facile de l'utérus. Et aussi cet organe friable et à cause de cela mal saisi, se déchire. Son contenu extrêmement septique se répand. Rien d'étonnant à ce que des greffes se produisent en ce cas.

« Comme le principe en matière de chirurgie du cancer, écrit Pozzi, est de ne pas morceller pour éviter les greffes et que d'autre part le cancer du corps augmente le volume de l'organe et s'observe souvent chez des femmes dont le vagin est plus ou moins rétréci par l'involution sénile, j'estime que l'hystérectomie abdominale est le procédé de choix. »

A leur tour P. Lecène et R. Leriche, en 1926, dans leur thérapeutique chirurgicale nous apportent cette confirmation.

« L'hystérectomie abdominale est l'opération de choix, son hémostase est mieux réglée et l'on évite facilement (en saisissant, non pas le fond lui-même avec des pinces à griffes, mais les cornes utérines à l'insertion des trompes), la déchirure d'un utérus ramolli ou atteint de pyométrie, accident toujours sérieux (infections et greffes cancéreuses). »

« Abstenons-nous le plus possible de pratiquer une ouverture de cette cavité utérine infectée » dit Duval (1928), qui trouve que c'est le reproche le plus grave à faire à ce mode opératoire : c'est presque impossible. « Quand l'utérus n'est pas très volumineux, il faut tâcher de le faire basculer en mordant sur sa paroi antérieure avec des pinces de Museux ». Sans doute ; mais s'il est vrai que l'organe est friable, le morcelle-

ment redouté se présente de nouveau à notre attention. Il faut donc l'éviter. « La dilacération, le morcellement sont presque inévitables dans l'opération vaginale ». La thèse de Duval nous appuie tout à fait.

Si l'utérus n'est pas trop touché pourquoi ne pas faire l'hystérectomie abdominale subtotale, peu schockante, comme nous le savons ? Si l'organe est profondément lésé comment éviter les accidents redoutés que nous venons d'énumérer ?

Seul le shock opératoire reconnu moindre dans l'intervention vaginale pourrait nous retenir de condamner absolument celle-ci. Il nous semble que les inconvénients signalés l'emportent déjà suffisamment sur ce dernier avantage. D'autant plus qu'à notre tour nous présentons l'hystérectomie subtotale, précisément parce qu'elle n'expose pas autant aux phénomènes de shock. Une condamnation serait prétentieuse ; mais nous tenons à faire part de notre grande défiance vis-à-vis de ce procédé que rien ne nous a paru défendre. Nous marquons fermement notre préférence pour la voie abdominale qui, elle, nous semble tout à fait motivée. L'opération vaginale est certes possible, comme l'établissent nos observations III et IV. Les risques signalés ont été courus, et les dangers évités. Néanmoins ils existent, et qu'apporter comme graves raisons capables de les dédaigner ? Nos observations I et II les mettent semble-t-il bien en valeur, puisqu'il a fallu en définitive procéder par l'abdomen.

« Exceptionnellement, nous disent P. Lecène et R. Leriche (op. cit.), chez une femme obèse on pourra cependant recourir encore à l'hystérectomie vaginale. »

Nous l'accordons bien volontiers, quoique nous souscririons plus volontiers à ces lignes du maître J.-L.

Faure : « Chez certaines femmes trop grasses, qui dorment mal, qui ont un bassin profond et chez lesquelles une hystérectomie totale peut être assez difficile et nécessiter des manipulations, au cours desquelles l'utérus peut être déchiré, nous n'hésitons pas à conseiller d'avoir recours à l'hystérectomie subtotale, infiniment plus simple et, dans des conditions opératoires mauvaises, sensiblement plus bénignes ».

Mise à part l'opinion autorisée de ce maître, nous avons été frappés de la répulsion qu'éprouvaient les auteurs pour l'hystérectomie subtotale, certains ne la mettant même pas en discussion, car pour eux la question était résolue par la négative. La thérapeutique chirurgicale de P. Lecène et R. Leriche de 1926, n'en parle pas. Pourquoi ?

Nous ne prétendons pas que le traitement du cancer du corps, de tous les cancers du corps utérin, doive se faire par cet unique procédé, mais nous croyons qu'il mérite mieux qu'une simple mention et à plus forte raison que l'oubli.

Il est bien convenu pourtant que la forme néoplasique que nous étudions ici est moins que toute autre sujette à s'étendre. C'est au fond de l'utérus qu'elle prend naissance et c'est là qu'elle demeure longtemps, pendant la majeure partie de son développement qui est lent.

Duval, d'accord avec J.-L. Faure, insiste sur ce point, et ses conclusions soulignent le fait : « C'est un épithélioma relativement favorable, d'évolution lente. Il reste longtemps cantonné à l'intérieur de la cavité utérine et n'infiltre que très lentement le muscle utérin ». Ce lent développement favorise pendant plus longtemps

les interventions curatrices et son cantonnement rend possible la réduction de l'exérèse.

Or l'hystérectomie totale est une opération grave : la mortalité est relativement élevée. Sur les observations que nous avons rapportées il y a 3 mortes. Son danger vient des délabrements qu'elle cause et de la communication qu'elle établit entre le vagin, toujours septique, et le péritoine et les espaces celluleux du pelvis. J.-L. Faure reconnaît le caractère de gravité de cette opération chez ces femmes la plupart âgées et peu résistantes.

Ces raisons nous semblent décisives et nous avons la conviction que l'hystérectomie subtotale s'impose. Contrairement à nos classiques disant « en principe il vaut mieux pratiquer une hystérectomie totale » nous croyons que bien plutôt c'est l'hystérectomie subtotale qui est tout d'abord préférable, et c'est la totale qui ne vit que des contre-indications de la subtotale.

Car il est évident qu'il faut s'assurer par l'ouverture de la cavité utérine faite immédiatement après l'ablation de la pièce que les limites de la région malade sont largement dépassées. Un aide l'incisera donc complètement. Si l'on n'est pas en dessous des limites du néoplasme il faut nécessairement enlever ensuite le col. C'est donc sans parti-pris que nous préconisons d'abord la subtotale. La totale a ses indications impérieuses mais est loin de s'imposer « en principe ». Car justement « en principe » le cancer du corps utérin prend peu d'extension et lentement ; d'autre part, l'hystérectomie totale est plus grave que la subtotale : est-ce le risque de récidive qui nous en détournerait ?

Disons d'abord que la totale ne garantit pas toujours de tout accident. En plus de sa mortalité élevée, le

pourcentage des récidives peut être évalué à 20 %, d'après Duval. Si ce n'est pas énorme, ce n'est tout de même pas à son avantage !

Or que dit le Professeur J.-L. Faure dans son traité de Gynécologie (1926) ? Après avoir déclaré que « le cancer du corps est en général totalement enfermé dans les limites de l'utérus », « il n'a, ajoute-t-il plus loin, que peu de tendance de gagner le col : il s'étend en largeur ; et il vaut infiniment mieux laisser un col absolument sain et dans lequel la récidive ne se fera pour ainsi dire jamais, que de s'acharner à l'enlever au risque de compromettre le succès de l'opération, ce qui arrive d'ailleurs la plupart du temps ». Il prend la même précaution que nous pour s'assurer des limites de la lésion. Ainsi donc ce maître se montre convaincu du peu de tendance du cancer du corps à gagner le col.

Que nous apporte maintenant la thèse de Duval sur l'hystérectomie subtotale pratiquée 18 fois ?

1 mort post-opératoire, 3 récidives et 9 guérisons éloignées.

Quant à nos observations, elles tendent à établir ceci :

L'observation X porte sur une malade de 60 ans, opérée le 3 février 1926 par hystérectomie abdominale subtotale, revue à plusieurs reprises, la dernière fois en décembre 1929, a continué à jouir d'une excellente santé et n'a jamais plus présenté aucune perte.

L'observation XI est d'une femme de 52 ans qui subit la même opération le 23 janvier 1928. En janvier 1930 elle est en excellente santé.

L'observation XII est encore d'une femme de 52 ans, opérée le 12 juillet 1924. En décembre dernier, elle était en excellente santé.

L'observation XV nous rapporte enfin le cas d'une

femme de 52 ans, opérée en mars 1929 et revue en fin d'année en parfait état. Et si dans l'observation *XIV*, les suites sont moins bonnes, il convient de remarquer que le col au dernier examen, était sain. Quant à la malade de l'observation *XIII*, elle succomba à la suite de l'opération, mais sa mort ne peut être mise au passif de l'hystérectomie : le cancer utérin, était en effet compliqué d'un cancer ovarien, qui avait dépassé les limites de l'organe et dont l'ablation fut difficile et incomplète.

Nous ne croyons pas que la médecine se fasse à coups de statistiques. Ce n'est pas parce que notre procédé a été un grand nombre de fois employé que nous le préconisons. C'est précisément parce que nous croyons qu'on se défie de lui, et qu'on utilise trop peu que nous cherchons à le faire adopter. Nous avons voulu joindre nos modestes observations aux études de notre devancier Duval pour remettre quelque peu en faveur ce procédé avantageux pour les malades. Ce qui a été fait quelques fois, peut, toutes choses égales par ailleurs, être refait, d'autant plus sûrement que les conditions requises sont plus aisées et se retrouvent plus communément. Dans le cas qui nous occupe, le mal lui-même nous favorise puisqu'il est reconnu comme bien limité et peu étendu pendant la majeure partie de son développement et dans la plupart des cas. Tout ne dépend plus alors que d'un diagnostic précis et suffisamment précoce qui commandera le traitement rapide. L'intérêt des malades les engagera à ne pas attendre, et le médecin n'hésitera pas à pousser à l'intervention. Mais là où on reculerait devant la gravité d'une opération grandement mutilatrice comme l'hystérectomie totale, nous croyons qu'on peut envisager

sans trop de terreur de la fatale récidive, l'hystérectomie subtotale avec ses moindres risques opératoires.

Si l'on trouve que nos conclusions manquent de recul, étant donné le faible temps écoulé depuis l'opération, nous répondrons que, sans compter qu'une guérison momentanée acquise à moindre prix est toujours une bonne chose ; sans savoir si l'avenir de nos malades ne se maintiendra pas favorable ; nous trouvons dans le tableau des guérisons de Duval : « Sur 9 opérées, 2 guérisons de 10 ans, 1 de 7 ans, 2 de 6 ans, 1 de 4 ans, 1 de 3 ans, 1 de 2 ans et 1 de 1 an », et ces chiffres nous semblent rassurants, consolants même. Nous les espérons encourageants.

Conclusion

Le cancer du corps de l'utérus est un épithélioma relativement favorable étant longtemps cantonné à l'intérieur de la cavité utérine et n'infiltrant que très lentement le muscle utérin.

Le traitement chirurgical est le seul vraiment curateur. L'hystérectomie assurera dans 80 % des cas la guérison.

La voie vaginale est une voie aveugle et difficile.

L'hystérectomie abdominale totale est une opération grave et shockante, elle n'est pas toujours indispensable.

L'hystérectomie subtotale est moins grave que la précédente et donne d'aussi bons résultats.

La récidive dans le col est reconnue rare.

Donc l'hystérectomie abdominale subtotale est l'opération de choix, la totale n'étant indiquée que dans les cas moins fréquents d'extension de la tumeur au col.

Vu : *Le Doyen*,
Ch. DUBOIS.

Vu : Bon a imprimer :
Le Président de Thèse,
P. VANVERTS.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie,
CHATELET.

Bibliographie

BALLERINI. — « Note clinique et opératoire sur le cancer du corps utérin ». (Folia Gynécol., 1920).

BÉCLERC. — « Les indications et les résultats du traitement des fibromyomes de l'utérus à l'aide des rayons de Roentgen ». (Presse thermale et climatique, mars-avril 1929).

BEGOUIN. — « Cancer utérin après radiothérapie pour fibrome ». (Bulletin de la Soc. Obst. et de Gynécol. de Paris, 1920).

BISCH. — « Cancer primitif du corps de l'utérus ». (Thèse de Lyon, 1891).

BOISSIER. — « Etude clinique sur le cancer primitif du corps de l'utérus ». (Thèse de Montpellier, 1900).

CHARBONNEL. — « Discussion sur le traitement des néoplasmes du corps utérin ». (Société Obst. et Gynéc. de Bordeaux, 8 mai 1928).

COCHERET. — « De la valeur des métrorragies après la ménopause comme signe de cancer de l'utérus et indications de l'hystérectomie ». (Thèse de Paris, 1909-1910).

DELEPINE. — « Le diagnostic précoce du cancer de l'utérus ». (J. des Sc. Méd. de Lille, 9 janvier 1921).

ARCHIBALD DONALD and WILLIAM FLETCHER SHAW. — « The age incidence of carcinoma of the body of the uterus ». (Proceedings of the Royal Society of med., n° 3, january 1929, p. 307).

DUPLAY et RECLUS. — Traité de Chirurgie, tome VI.

J FRANÇOIS DUVAL. — « Cancer primitif du corps de l'utérus ». (Th. de Paris, 1928).

J.-L. FAURE et A. SIREDEY. — « Traité de gynécologie médico-chirurgicale ».

FORGUE. — « Pathologie externe », tome II.

FOURNIER. — « Cancer du corps de l'utérus. Hystérectomie vaginale ». (Soc. obst. et gyn. de Toulouse, 26 nov. 1924).

GOUILLIARD. — « Cancer du corps utérin chez les vierges ». (Soc. de chir. de Lyon, 1909).

LAQUILHEAU. — « Contribution à l'étude des sarcomes du corps de l'utérus ». (Thèse de Bordeaux 1925-26).

P. LECÈNE et LERICHE. — « Thérapeutique chirurgicale », t. III.

LE DENTU et DELBET. — « Traité de Chirurgie cinique et opératoire.

G. LECLERC et R. KUHN. — « Coïncidence de deux épithéliomas, l'un sur le fond de l'utérus, l'autre sur le col utérin ». (La Bourgogne médic., janvier 1927).

A. MARINO. — « Il cancro del corps utérino » (1923).

PALMER (A. C.). — « The age incidence of carcinoma corporis uteri ». (Proceed. r. Soc. Med. Sect. obst. et gyn. XXXI, 1928, p. 367).

PAUCHET. — « Un danger de la biopsie dans le cancer du corps utérin. La perforation utérine ». (Bull. et mém. de la Soc. des Chir. de Paris, n° 14, 2 nov. 1928, p. 726).

PICHOT. — « Cancer du corps de l'utérus ». Thèse de Paris, 1875.

PLET. — « Le sarcome en grappe de l'utérus ». Thèse de Paris, 1922.

S. POZZI. — « Traité de Gynécologie ».

A. SIREDEY. — « Diagnostic précoce du cancer du corps utérin ». (Bull. et mém. de la Soc. de Chir. de Paris, 3 mai 1929, p. 311).

G. VAN S. SMITH et R. S. GRINNEL. — « Carcinome du corps de l'utérus : étude des cas traités entre 1875 et 1927, à l'hôpital libre pour les femmes ». (The american journ. of. obs. and gyn., vol. XV, juin 1928, p. 832-839).

TEDENAT. — « Cancer du corps de l'utérus ». (Rev. de vulgaris. Sc. Méd., juin 1928, p. 5).

TESSON. — « Cancer primitif du corps de l'utérus », Thèse Paris 1901).

TOURNEUX. — « Les métastases ganglionnaires dans le cancer du corps utérin ». (Soc. de Méd. de Toulouse, 11 mars 1922. Toulouse Médical, 15 avril 1922).

VERSTRAETE. — « Cancer du corps et fibrome ». Th. Paris 1898.